

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPAZIO ASCOLTO – ISTITUTO COMPRENSIVO TRENTO 7 “RITA LEVI MONTALCINI”

La sottoscritta dott.ssa Ilenia Andreolli, Psicologa e Psicoterapeuta iscritta all'Ordine degli Psicologi della Provincia di Trento n. 428 prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Spazio ascolto istituito presso l'Istituto Comprensivo Trento 7 “Rita Levi Montalcini”, fornisce le seguenti informazioni.

L'intervento si configura come una consulenza psicologica gratuita, finalizzata alla promozione del benessere psicologico di studenti/genitori/docenti. Non offre attività di diagnosi/terapia. Lo strumento principale di cui si avvale è il colloquio.

Lo spazio offre la possibilità di trovare ascolto non giudicante e supporto nel prendere consapevolezza di sé e nell'attivare risorse interne ed esterne per affrontare momenti di disagio o difficoltà nel percorso scolastico e più in generale di crescita.

La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. La psicologa valuta ed eventualmente se richiesto fornisce al paziente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani); la psicologa è strettamente tenuta al segreto professionale (Art. 11); la psicologa può derogare da questo obbligo in base a quanto previsto dagli Art.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria.

I dati personali e particolari della persona che si rivolgerà allo Spazio ascolto, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione la circolare inoltrata dalla scuola e il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

La Psicologa e Psicoterapeuta
Dott.ssa Ilenia Andreolli

La Sig.ra . _____
e
Il Sig. _____

genitori dello studente _____ frequentante la classe _____, **dichiarano** di aver compreso quanto comunicato dalla scuola e dal professionista e **decidono** con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Ilenia Andreolli presso lo Spazio ascolto attivato dall'Istituto Comprensivo Trento 7 “Rita Levi Montalcini”.

Luogo e data,

_____ Firma _____ Firma _____

GENITORE UNICO

La/il sottoscritta/o _____ genitore dell'alunna/o _____ della classe _____ dichiara di aver compreso quanto comunicato dalla scuola e dal professionista e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Ilenia Andreolli presso lo Spazio ascolto attivato dall'Istituto Comprensivo Trento 7 “Rita Levi Montalcini”..

Luogo e data,

_____ Firma _____